

# Grenzfälle in der Implantologie

*In der über 41-jährigen Geschichte der enossalen Implantologie sind Lösungswege entstanden, die zu exzellenten funktionellen und ästhetischen Ergebnissen führen können. Noch 1993 wurde die Frage gestellt, ob eine Zahnlücke durch ein Implantat versorgt werden dürfe. An großen Patientenkollektiven hatte die Schule um Brånemark Langzeiterfolge von über 90 % für mehr als zehn Jahre exakt dokumentiert (Adell et al. 1990). Als Prämissen galten: Schraubenförmige Titanimplantate, ausgeheiltes und ausreichendes Knochenlager, lange Einheilzeiten ohne Belastung, verschraubte Suprakonstruktionen, Ausschluss jeglicher Risikofaktoren.*

DR. MED. HABIL. LUTZ TISCHENDORF/HALLE (SAALE)

2006 wird diskutiert, ob an Stelle erhaltender Maßnahmen ein Zahn nicht besser frühzeitig durch ein Implantat ersetzt werden sollte (TISCHENDORF 2006). Es wird ventiliert, ob sofortige oder sehr frühzeitige Implantationen nach Zahnentfernungen zweckmäßig sind und ob eine sofortige oder frühzeitige Belastung dieser Implantate möglich ist (Konsensuspapier EuCC 2006).

Wir analysieren anhand eigener Fälle aus den Jahren 1993 bis 2006, ob und unter welchen Voraussetzungen eine Ausweitung von Implantationen auf Risikogruppen verantwortbar geworden ist. In den frühen 90er-Jahren wurden als Kontraindikationen für Implantatversorgungen aufgeführt:<sup>2,5,8</sup> Osteoporose, Diabetes mellitus und andere hormonell bedingte Stoffwechselstörungen, Blutgerinnungsstörungen, hohes Alter, Parafunktionen, Fehlbelastungen, gestörte Okklusionsbeziehungen, Nikotinabusus.

## Alter und Polymorbidität

### Fall 1 (Abb. 1)

Patientin, 88 Jahre. Restzahn 33 nicht erhaltungswürdig. Begleiterkrankungen: Monströse Struma mit Trachealstenose, Hyperthyreose mit Methazoltherapie, Hypertonie, Herzrhythmusstörungen bei chronisch ischämischer Herzkrankheit, Durchblutungsstörungen, Belastungsdyspnoe, Cerebralsklerose, Hyperakusis. Implantologische Behandlung: 8/2003: Unter temporärem Belassen von 33 Insertion von Implantaten bei 43

und 34 (Brånemark MK III TiUnit RP 10 bzw. 11,5 mm). Stand-by durch Anästhesisten. Belastungsfreie Einheilung. 11/2003 Implantatfreilegungen. Entfernung von 33. Einbringen von Magnetinserts (Steco X-Line 5 bzw. 3,5 mm). Anfertigung von magnetfixiertem Zahnersatz bei überweisendem Zahnarzt. Ergebnis 2006: Patientin funktionell vollwertig versorgt. Ideale Pflegemöglichkeit dank der leicht zu handhabenden Magnetfixation. Patient überschwänglich zufrieden.

### Fall 2 (Abb. 2)

Polymorbidität. Unbezahnter Unterkiefer mit extremer Atrophie. Zahnersatz nicht nutzbar. Planung: Zwei Implantate. Stegversorgung. Auf Anfrage nach der operativen Belastbarkeit schriftliche Antwort von Hausarzt: „Falthrompatientin. Heparinumstellung notwendig vor planbarer Operation. Gegen OP in LA keine Einwände.“ Nachanforderungen von Vorbefunden ergaben: 2002 Kardiale Dekompensation, deshalb Pacemaker, 2003 Apoplexie. Zustand nach Sigma-Karzinom, Osteoporose. Aktuell: Absolute Arrhythmie mit Vorhofflimmern bei Herzfrequenz von 90/min. Medikation: Falithrom, Mono Mack, Nebilet, Codiovan, Torem 10, Furesemid, Calcimagon D3, Fosamax 70. Ausführliche Aufklärung der Patientin über hieraus resultierende Risiken. Entscheidung zur Implantatinsertion unter Stand-by durch Anästhesisten und nach Umstellung von Falithrom auf Heparinderivat. Implantologische Versorgung: 6/2004 auf Operationstisch: Herzfrequenz 150/min, Operation abgesetzt. Besprechung: Problematisch für Implantatinsertionen ist



Fall 1 – Abb. 1: Alter: 88 Jahre. Polymorbidität. Stand-by durch Anästhesisten. Implantatinsertionen. Magnetankopplung.